



TITLE:

腫瘍核出術を施行した骨盤内神経鞘腫の2例

AUTHOR(S):

高山, 仁志; 伊藤, 喜一郎; 東田, 章; 小林, 義幸; 中森, 繁; 藤本, 宜正; 佐川, 史郎

CITATION:

高山, 仁志 ...[et al]. 腫瘍核出術を施行した骨盤内神経鞘腫の2例. 泌尿器科紀要 1996, 42(9): 691-693

ISSUE DATE:

1996-09

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/115799>

RIGHT:

腫瘍核出術を施行した骨盤内神経鞘腫の2例

大阪府立病院泌尿器科 (部長: 佐川史郎)

高山 仁志, 伊藤喜一郎, 東田 章, 小林 義幸
中森 繁, 藤本 宜正, 佐川 史郎TUMOR ENUCLEATION FOR INTRAPELVIC SCHWANNOMA:
A REPORT OF TWO CASES

Hitoshi TAKAYAMA, Kiichiro ITOH, Akira TOHDA, Yoshiyuki KOBAYASHI

Shigeru NAKAMORI, Nobumasa FUJIMOTO and Shiro SAGAWA

From the Department of Urology, Osaka Prefectural General Hospital

A 65-year-old man and a 35-year-old woman were diagnosed with intrapelvic tumors originating from the sacral nerves by computed tomographic (CT) scan, magnetic resonance imaging (MRI) and angiography. These tumors were tightly adhered to the iliac arteries and veins and could not be resected completely. Since the cryostat sections revealed benign schwannomas histopathologically, we enucleated the tumors without the pseudocapsules. All of the 57 intrapelvic schwannomas previously reported in Japan were resected with pseudocapsules. Both of our patients showed improvement of subjective symptoms, but should be followed up and examined for the presence of regrowth of tumors.

(Acta Urol. Jpn. 42 : 691-693, 1996)

Key words: Schwannoma, Enucleation, Intrapelvic tumor

緒 言

神経鞘腫は全身いずれの部位にも発生しうるが、仙骨部より発生することは稀である。今回我々は、腫瘍核出術を施行した骨盤内神経鞘腫の2例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

症 例

症例 1

患者: 62歳, 男性

主訴: 腹部腫瘍の精査

家族歴: 既往歴: 特記すべきことなし

現病歴: 1994年7月頃より、腹部腫瘍に気づき当院消化器内科受診。仙骨部より発生した腫瘍を指摘され、精査加療目的にて8月11日当院整形外科入院となった。

入院時現症: 右下腹部に可動性に乏しい直径約10 cm大の腫瘍を触知した。また、右下肢に知覚の鈍化を認めた。

入院時検査所見: 末梢血液像、血液生化学および尿所見に特に異常は認めなかった。

画像検査所見: IVP; 両側尿管は外側へ圧排され、仙骨腔は5 cmに拡大していた。MRI; T1強調画像で high intensity, T2強調画像で low intensity の腫瘍が仙骨前面にみられ、腫瘍は辺縁整で内部均一で仙骨内部から前方へ発達しており (Fig. 1A), 仙骨部の

神経原性腫瘍が考えられた。動脈造影; 腫瘍は hypervascular を呈していた (Fig. 1B)。

8月19日に右仙骨腔より biopsy を施行したところ、腫瘍細胞は S-100 蛋白陽性で良性の神経鞘腫と診断された。

手術所見: 9月9日まず、整形外科にて背部からのアプローチで仙骨内の腫瘍を摘除し、引き続いて当科にて、経腹的に手術を施行した。腹部正中切開にて骨盤腔内に達したところ小児頭大の可動性に乏しい腫瘍がみられた。腫瘍は両側総腸骨動静脈から内外腸骨動静脈に強く固着し、さらに仙骨との癒着も強度で、全摘除術は不可能と判断し被膜を開き腫瘍核出術を施行した。

病理組織所見: 線維性の腫瘍細胞が隊列状配列を示

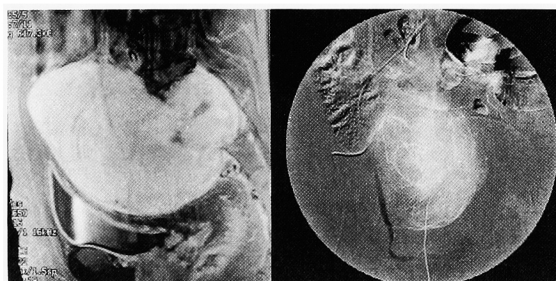


Fig. 1. Case 1. MRI shows a giant mass anterior to the sacrum (A). Angiography shows hypervascular tumor (B).

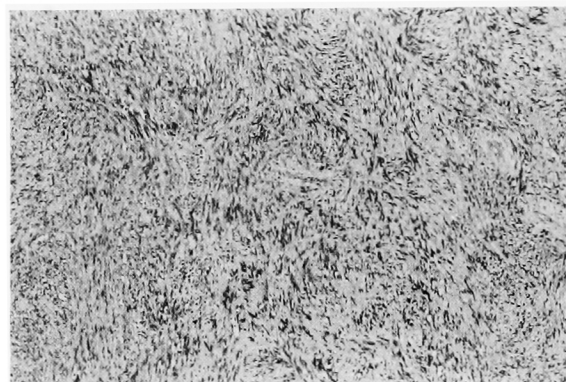


Fig. 2. Microscopic appearance of the tumor in case 1. Two different histological types (Antoni A and B) were observed.

し増殖している部分と、腫瘍細胞が疎な部分がみられ (Fig. 2), Antoni A 型と B 型の混合型の神経鞘腫と診断した。

現在神経学的に異常は認められず、再発の徴候もなく経過観察中である。

症例 2

患者：35歳，女性

主訴：左臀部痛，左下肢のしびれ

家族歴・既往歴：特記すべきことなし

現病歴：1994年6月頃より左臀部痛および左下肢のしびれを訴え近医受診。仙骨腫瘍を指摘され、精査加療目的にて8月23日当院整形外科に入院した。

入院時現症：腹部に腫瘍は触れなかった。

入院時検査所見：末梢血液像，血液生化学および尿所見に特に異常は認めなかった。

画像検査所見：IVP；尿管の圧排は認められなかったが，膀胱は上方よりやや圧排されていた。MRI；内部に嚢胞状病変を有し，辺縁が整な腫瘍が仙骨内部から発生しており，神経原発腫瘍が考えられた。また，腫瘍は T1 強調画像で high intensity, T2 強調画像で low intensity を呈していた (Fig. 3A)。動脈造影；腫瘍は hypervascular を呈していた (Fig. 3B)。

手術所見：10月4日当科にて経腹的に手術を施行。腹部正中切開にて骨盤腔内に達したところ，直径 8 cm の腫瘍がみられた。腫瘍は内腸骨動静脈，外腸骨動静脈と固着しており可動性はまったくなかった。そこで，病理迅速診断を施行し良性の結果をえたので，被膜を残し腫瘍核出術を施行した。

病理組織所見：細胞がきれいな核配列像を呈する部分と一見無構造な組織像を呈する部分がみられ，Antoni A 型と B 型の混合する神経鞘腫と診断した (Fig. 4)。

術後経過は良好で，術前認められた左臀部痛および左下肢のしびれは消失しており，再発の徴候は認められていない。

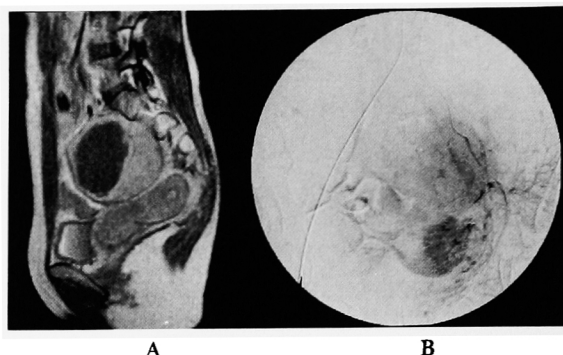


Fig. 3. Case 2. MRI shows a giant mass anterior to the sacrum (A). Angiography shows hypervascular tumor (B).

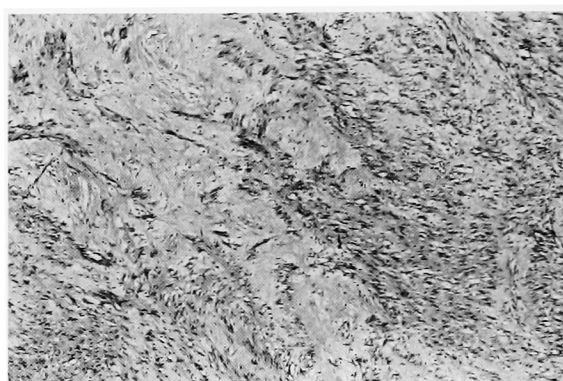


Fig. 4. Microscopic appearance of the tumor in case 2. Two different histological types (Antoni A and B) were observed.

考 察

神経鞘腫は schwann 細胞由来の外胚葉性の腫瘍といわれている。Das Gupta らは良性神経鞘腫303例の発生部位を集計しており，頭頸部が136例 (44.9%) と最多で，後腹膜腔に発生したものは3例 (1.0%) にすぎない。また，悪性神経鞘腫は232例中四肢が168例 (74.2%) と多く，後腹膜腔原発は4例 (1.7%) とまれである^{1,2)}。

骨盤腔内に発生した神経鞘腫本邦報告例は自験例を含め59例にすぎず，今回われわれは59例を集計し検討を加えた。年齢は1カ月から78歳におよび，平均49.5歳であった。性別では男31例，女性23例で若干男性に多くみられた。発生神経の同定については，閉鎖神経2例^{3,4)}，大腿神経3例⁵⁻⁷⁾のみが報告されている。

本症の診断には超音波検査法，CT，MRI，血管造影法等を総合して行う必要がある。CT では形状は円形を呈し，境界明瞭，内部構造が不均一で，嚢胞性腫瘍として描出されることが多く⁸⁾，MRI では円形で境界明瞭な被膜をもち T1 強調画像で high intensity, T2 強調画像で low intensity を呈し，内部は不均一に描出されることが多い⁹⁾。超音波検査法では境界明瞭な円形の内部不均一な低エコーな嚢胞状腫瘍として

描出されることが多い¹⁰⁾とされている。次に、血管造影法では腫瘍血管の描出, 腫瘍濃染像を認めることもあるが, 腫瘍血管の増生が乏しく, 血管圧排像のみを認めることも多い。また, 悪性例では A-V shunt, 造影剤の pooling が認められ, 良悪性の鑑別に役立つとする報告もある¹⁰⁾。しかし, いずれの画像診断法によっても診断は存在部位にとどまり, 術前における良悪性の確定診断はきわめて困難である。

組織像については Antoni が細胞配列の仕方により A, B の 2 型に分類した。すなわち schwann 細胞の上皮細胞としての性格を強く反映した型で, 細胞間に展張線維を形成することによって, きないな核配列像 (palisading) を呈する A 型と繊維形成能が弱くなって, 細胞相互の結合が A 型のように認められず, 一見無構造な組織像を呈し, さらに間質は硝子様変性, 囊腫形成を認める B 型である。また, B 型は A 型組織像の二次的変性により生じるといわれている。この分類に基づくと A 型が 3 例に B 型が 6 例に認められ, 混合型が 19 例と多数を占めた。また悪性は 10 例にみられた。

治療方法については, 全例が手術を施行されているが, 被膜を残し腫瘍核出術を施行した症例は自験例の 2 例のみであった。術後再発の報告も約 10% ある¹²⁾が, 被膜を残してもその成長は緩やかであるので, 腫瘍と周囲組織との癒着がはげしく全摘除術が困難な場合は, 生検により良性と診断されれば腫瘍核出術も適応になると思われる。

結 語

62 歳男性と 35 歳女性の腫瘍核出術を施行した骨盤内神経鞘腫の 2 例を報告し若干の文献的考察を加えた。

本論文の要旨は第 150 回日本泌尿器科学会関西地方会において発表した。

文 献

- 1) Das Gupta TK, Brasfield RD, Strong EW, et al.: Benign solitary schwannomas (neurinomas) *Cancer* **24**: 355-366, 1969
- 2) Das Gupta TK and Brasfield RD: Solitary Malignant Schwannoma. *Ann Surg* **171**: 419-428, 1970
- 3) 赤座英之, 福谷恵子, 西村洋司: 閉鎖神経に発生した後腹膜神経鞘腫の 1 例. *臨泌* **30**: 329, 1976
- 4) 豊川晃弘, 松浦俊彦, 中川雅史, ほか: 閉鎖神経原発後腹膜神経鞘腫の 1 例. *外科* **54**: 407-409, 1992
- 5) 矢野好弘, 松友寛和, 尾関 豊, ほか: 左大腿神経より発生した後腹膜神経鞘腫の 1 例. *外科診療* **30**: 984-987, 1988
- 6) 清水洋一, 岡部一祐, 佐藤妙子, ほか: 卵巣腫瘍鑑別が困難であった後腹膜神経鞘腫の 1 例. *日産婦東京会誌* **38**: 386-389, 1988
- 7) 細野竜司, 関野昌宏, 清水幸雄, ほか: 大腿神経より発生した後腹膜神経鞘腫の 1 例. *日臨外医会誌* **54**: 783-786, 1993
- 8) 高山智之, 黒岡雄二, 柄沢英一, ほか: 後腹膜神経鞘腫の 1 例. *臨泌* **41**: 59-61, 1987
- 9) 及川哲郎, 綿引 元, 相羽 秀雄, ほか: MRI で観察しえた後腹膜神経鞘腫の 1 例. *臨放線* **36**: 283-286, 1987
- 10) 星野孝男, 石田英明, 森川パブロ, ほか: 後腹膜神経鞘腫の 1 例 US 所見を中心として. *腹部画像診断* **10**: 366-371, 1991
- 11) 芝切一平, 根本 裕, 金子健二, ほか: 腹部神経鞘腫の血管造影像. *日赤医* **35**: 75, 1983
- 12) 林 法信, 谷村実一, 古玉 宏, ほか: 原発性後腹膜神経鞘腫の 1 例および後腹膜神経鞘腫・後腹膜腫瘍の統計的観察. *日泌尿会誌* **55**: 164-176, 1964

(Received on February 26, 1996)

(Accepted on June 7, 1997)